

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

207

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 mai 1889, à 4 heures

Par M^{lle} MARIE PIERRE

Née à Lorient (Morbihan), le 10 janvier 1850

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

SUR

L'IMPALUDISME-DIATHÈSE

Président : M. PETER, professeur

*Juges : MM. { CORNIL, professeur.
HANOT, QUINQUAUD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 11, 13

—
1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 188

THÈSE

N° 207

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 mai 1889, à 1 heure

Par M^{lle} MARIE PIERRE

Née à Lorient (Morbihan), le 10 janvier 1850

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

SUR

L'IMPALUDISME-DIATHÈSE

Président : M. PETER, professeur

*Juges : MM. { CORNIL, professeur.
HANOT, QUINQUAUD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 11, 13

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO.
	DIEULAFOY
	GUYON.
Pathologie chirurgicale	LANNI LONGUE.
	CORNIL.
Anatomie pathologique	MATHIAS DUVAL.
Histologie	DUPLAY.
Opérations et appareils.	REGNAULD.
Pharmacologie.	HAYEM.
Thérapeutique et matière médicale.	PROUST.
Hygiène.	BROUARDEL.
Médecine légale	N.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	LABOULBÈNE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	STRAUSS.
Pathologie comparée et expérimentale	G. SÉE.
	POTAIN
Clinique médicale.	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHIER.
Maladie des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	RICHET.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. HANOT	MM. PEYROT	MM. REMY
BLANCHARD	HANRIOT	POIRIER, chef	REYNIER
BOUILLY	HUTINEL	des travaux	RIBEMONT-
BRISAUD	JALAGUIER	anatomiques	DESSAIGNES
BRUN	JOFFROY	POUCHET	ROBIN (Albert)
BUDIN	KIRMISSON	QUENU	SCHWARTZ
CAMPENON	LANDOUZY	QUINQUAUD	SEGOND
CHAUFFARD	MAYGRIER	RAYMOND	TROISIER
DEJERINE		RECLUS	VILLEJEAN

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PETER

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LANCEREAUX

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris

Contribution à l'étude
DE
L'IMPALUDISME-DIATHÈSE

INTRODUCTION

Née dans un pays paludéen, issue d'une famille impaludée, j'ai pu, dès l'enfance, suivre d'un œil assez indifférent, je l'avoue, les manifestations étranges de l'impaludisme; mais aussitôt que j'eus quelques notions médicales, ce qui me frappa davantage, ce fut l'inégale répartition du fléau, attaquant toujours celui-ci, épargnant toujours celui-là.

Je me mis à chercher la raison de l'apparente singularité qui m'étonnait.

Que n'a-t-on pas dit pour expliquer ces phénomènes d'exclusion. On a accusé :

L'eau; mais j'ai vu des buveurs d'eau n'être jamais paludéens, tandis que d'autres qui ne buvaient jamais d'eau pure étaient atteints d'impaludisme.

L'air du soir; mais, dans mon pays, où les étés sont longs et tièdes, les sorties du soir sont chose habituelle, et, seuls, quelques-uns, toujours les mêmes, gagnent la

fièvre, d'ailleurs chez ceux-là encore, l'air du soir ne paraît pas, d'une façon très particulière, provoquer d'accidents paludéens.

On a cherché aussi la cause déterminante de l'impaludisme dans la misère physiologique.

On a voulu voir la malaria plus fréquente dans les classes pauvres, mais, mille fois, j'ai constaté moi-même que des membres presque riches d'une famille étaient impaludés, tandis que, dans cette même famille, et vivant dans le même milieu des membres pauvres, épuisés par le travail, restaient indemnes.

Partout et toujours j'ai vu cette loi d'exclusion se confirmer, et le fléau frapper avec persistance les mêmes individus qu'il semblait reconnaître pour siens.

Dans le quartier de la Maison-Blanche, que j'habite actuellement, la Bièvre est une cause d'accidents paludéens; mais, là encore, s'applique la même loi.

M. le Dr Rives, qui a publié un fort bon travail sur les causes d'insalubrité de ce quartier, affirme n'avoir observé en huit ans, dans un groupe de 5501 habitants, constituant la moitié de la zone affectée et appartenant presque tous à la classe pauvre, que 131 cas d'impaludisme. Pourquoi tous les autres riverains de la Bièvre ont-ils été épargnés?

J'ai donc été amenée à penser que, pour les maladies comme pour les plantes, il y a une distribution géologique déterminée, toujours la même. Comme certaines plantes exigent des conditions climatériques spéciales, une certaine zone géologique, de même les maladies, surtout les maladies chroniques, les diathèses exigent, pour s'éta-

blir dans l'être humain qu'elles attaquent, un terrain approprié.

Je veux donc essayer de prouver dans ce modeste travail :

1° Que l'impaludisme est une diathèse ;

2° Qu'il obéit à la loi de la non superposition des diathèses ;

3° Que le diagnostic par exclusion de l'impaludisme peut encore avoir sa valeur à une époque où les manifestations impaludiques mal classées, mal connues, ne sauraient être étudiées dans les caractères qui leur appartiennent en propre.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

On a donné du mot diathèse un grand nombre de définitions, toutes également discutées et discutables.

Nous nous en tiendrons à la définition de Chomel :

« La diathèse est une disposition en vertu de laquelle
« plusieurs organes ou plusieurs points de l'économie
« sont à la fois et successivement le siège d'affections
« spontanées dans leur développement et identiques dans
« leur nature, lors même qu'elles se présentent sous des
« apparences diverses. »

Une diathèse présente certains caractères :

1° Elle doit être une maladie générale.

2° Elle doit présenter des poussées successives.

3° Elle doit offrir des manifestations multiples et diverses.

4° Les caractères d'une maladie diathésique doivent rester les mêmes ; c'est ce qu'on a appelé la fixité des caractères, selon la formule de Jaumès : « Une diathèse, « une fois établie, se déguisera, cela n'est pas rare, mais « restera éternellement la même. »

5° La diathèse n'est ni contagieuse, ni inoculable.

6° Elle doit exercer son influence sur les maladies intercurrentes.

7° Elle tend à évoluer, à envahir de plus en plus l'organisme qu'elle a attaqué ; elle est, en un mot, chronique.

8° Elle est héréditaire.

La neuvième loi n'est, à mon sens, que la conséquence nécessaire de la huitième. Une diathèse n'existe qu'à la condition de ne pas se modifier, de ne pas se superposer à une autre diathèse.

CHAPITRE II

Il est évident et prouvé que l'impaludisme satisfait, aussi complètement qu'il est possible, aux six premières lois de diathèses.

L'impadulisme est une maladie générale, car il peut s'étendre à tout un système et même à tout l'organisme.

Que la lésion primitive porte sur la qualité du sang, selon l'assertion du docteur Masurel, ou sur le système cérébro-spinal, opinion plus généralement répandue, tout l'organisme peut être secondairement atteint.

M. Lancereaux a décrit une aortite paludéenne ; M. Bourru, professeur à l'école de médecine de Rochefort, a mentionné, dans une communication à l'Académie de médecine (octobre 1887), une forme d'artério-sclérose d'origine paludéenne.

Les poussées successives de l'impaludisme ont été remarquées depuis longtemps.

Dans les pays paludéens on craint le soleil de mars qui donne la fièvre, dit-on.

L'influence du printemps et de l'automne sur l'éclosion des poussées est incontestable, quoiqu'elle ne soit pas unique, puisque des mouvements de terrain, même peu considérables, peuvent produire en toute saison la malaria.

L'impaludisme offre des manifestations multiples et variées.

On admet sans conteste des troubles cérébraux, ther-

miques, vasculaires, des névralgies, du facial surtout, quoique, dans mon pays, les névralgies du trijumeau soient plus fréquentes de beaucoup ;

Des lipothymies à heures réglées ;

Des congestions diversement localisées : pneumonies, péritonites, méningites, etc. ;

Des troubles viscéraux : cirrhoses, scléroses pulmonaires, etc., et d'autres formes énumérées, mais peu étudiées, que l'on comprend sous le titre élastique de fièvres larvées.

L'impaludisme offre des caractères fixes.

Tandis que les maladies virulentes s'atténuent, se transforment en se répandant : la syphilis est devenue presque bénigne dans les grandes villes, la fièvre typhoïde n'a plus à Paris du moins, les symptômes graves qui, il y a quelque vingt ans, la rendaient si souvent mortelle, certaines formes de névroses ont complètement disparu, d'autres formes inobservées jusqu'alors se sont fait connaître, au contraire les traits généraux et particuliers de l'impaludisme n'ont jamais changé. L'apparition de la douleur est toujours subite dans les manifestations douloureuses ; les accès séparés par des suspensions totales de fièvre ont toujours eu un retour régulier ; la forme quarte a été et est toujours restée rare et tenace. Les trois stades de l'accès fébrile franc : froid, chaleur, sueur, se déroulent et se sont toujours déroulés dans le même ordre immuable. Les descriptions de l'impaludisme antique s'adoptent encore exactement à l'impaludisme de nos jours : les plus petits détails se retrouvent dans les auteurs anciens : la fièvre sort, dit-on aujourd'hui en parlant de ces vésicules d'herpès qui accompagnent quelquefois les fièvres inter-

mittentes. Hippocrate a écrit : « *Febres in quibus ulcerantur labia fortassis intermittentes.* » (*Traité des épidémies*, livre 7, traduction de Cornarius).

Sans remonter à Hippocrate ou à Gallien, nous citerons Spigel qui a écrit sur les fièvres intermittentes et a fait de nombreuses autopsies, lesquelles lui ont permis de constater sur les viscères abdominaux les lésions qui existent encore aujourd'hui.

Casimir Medicus a démontré que toutes maladies périodiques à courts intervalles sont de même nature que la fièvre intermittente, parce que toutes cèdent à la même méthode curative.

Van Swieten a mentionné des observations qu'il a faites de petits symptômes de l'impaludisme, observations qui semblent dater d'hier ; ainsi il signalait que chez un de ses malades l'artère nasale battait à coups redoublés, tandis que le mouvement des autres artères n'était pas changé. Moi-même j'ai constaté un phénomène identique sur l'artère cubitale chez une impaludique de ma connaissance.

Les fièvres larvées (*larvatæ*) ont été connues de tout temps ; la forme pneumonique surtout, la plus fréquente, a été partout étudiée.

Mercatus, à la fin du seizième siècle, a fait des fièvres pernicieuses un traité qu'on pourrait relire aujourd'hui.

Morton a publié un ouvrage estimé : *De febribus inflammatoriis*.

Nous n'avons pas changé grand chose à la classification des fièvres pernicieuses de Torti. Nous distinguons encore les sept espèces de sa première classe (*febres comitiatæ*,

c'est-à-dire fièvres accompagnées d'un symptôme grave qui menace de mort : cholérique, soporeux, etc.) ; nous avons gardé aussi sa 2^e classe, les subcontinues malignes, ce que nous appelons les subintrantes. L'impaludisme est donc toujours resté identique à lui-même.

L'impaludisme n'est ni contagieux ni inoculable, c'est-à-dire qu'il n'est pas parasitaire, ou du moins qu'un parasite n'en est pas la cause exclusivement déterminante.

L'origine microbienne de l'impaludisme est en effet loin, bien loin d'être démontrée : trop de microbes ont été accusés pour qu'on puisse affirmer avoir, même entrevu sous le microscope, le véritable coupable. Nous avons l'élégant parasite de Laveran, polymorphe avec un collier de perles noires, et qui n'a été trouvé que dans les formes intermittentes ; les microbes de Marchand, dont l'un est proche parent du précédent ; un autre, un diplococcus ; le bâtonnet de Ziehl, qui n'est peut-être qu'un produit de pièce anatomique.

Du reste cette question de l'agent infectieux, que celui-ci émane de l'individu lui-même ou du milieu ambiant, qu'il y ait auto ou hétéro-infection, cette question est devenue bien secondaire depuis qu'on a reconnu la nécessité d'une aptitude particulière de l'individu à recevoir l'agent contagieux.

L'impaludisme n'a jamais été considéré comme une maladie contagieuse ; quant à être une maladie virulente, je ne sache pas que les inoculations aient été essayées, et l'eussent-elles été, l'introduction dans le torrent circulatoire d'un individu sain, de sang en aussi mauvais état globulaire devrait produire des effets dont la cause serait

fort discutable, effets qui pourraient être attribués à bien autre chose qu'au prétendu poison paludéen.

La sixième loi peut aussi s'énoncer simplement en s'appliquant à l'impaludisme.

Il est admis en effet, que l'impaludisme complique les maladies ou accidents intercurrents : traumatisme, avortement, accouchement, etc.

Des fièvres arythmées éclatent à l'occasion des accidents les plus légers, prennent plus ou moins vite le caractère rythmé et cèdent rapidement à la quinine.

SECONDE PARTIE

CHAPITRE I

Les trois dernières lois sont discutées et discutables.

Ce n'est pas un article de foi, loin de là, que l'impaludisme soit :

1° Une maladie chronique ;

2° Une maladie héréditaire ;

3° Une maladie exclusive par rapport aux autres diathèses.

Et ce sont ces 3 propositions, que, dans cette 2° partie, je veux chercher à établir.

L'impaludisme est une maladie chronique.

En effet la diathèse est toujours une affection chronique. Il peut y avoir des manifestations aiguës, mais la maladie fondamentale est chronique.

Parmi les nombreux impaludiques que j'ai connus et suivis longtemps, et parmi ceux que j'ai pu voir et interroger à l'hôpital, j'avoue qu'il en est beaucoup qui, en toute leur vie n'ont eu qu'un accès ou qu'une période non interrompue d'accès fébriles, et qui, depuis, malgré des circonstances qui semblaient favorables à une nouvelle éclosion fébrile, n'en ont ressenti aucune atteinte.

Je pourrais multiplier les exemples, mais je pense que

ces observations, qu'il serait impossible de contrôler et que j'ai notées un peu au hasard, sans désignation de temps ni de service, en un moment où je cherchais seulement à acquérir une conviction personnelle, que ces observations donc constitueraient une énumération fastidieuse et sans valeur, et je me contente de citer le cas suivant, dont tous les autres ne seraient que la répétition.

Le nommé P..., herpétique, âgé de 21 ans, voyageant en Bohême, contracta un accès très violent de fièvre paludéenne quotidienne, accès qui dura trois jours, puis qui cessa.

Il eut une seconde atteinte, également d'une durée de trois jours. Il guérit dans le lieu même, à l'aide de faibles doses de quinine. Depuis il a habité un appartement dont les fenêtres donnaient sur la partie la plus dangereuse de la Bièvre, au sortir de la rue du Censier. Plus tard, dans la banlieue de Paris il demeura dans une maison précédant un immense terrain vague imprégné d'eau de pluie et d'eaux ménagères, terrain qu'on a converti en un boulevard et où les travaux ont duré plusieurs mois. P..., a eu différentes maladies : pleurésies, dysentérie, angine herpétique et jamais, dans aucun de ces cas, un accès de fièvre à caractère paludéen n'a éclaté spontanément, ou n'est venu compliquer la maladie existante.

J'ai donc été amenée à admettre un impaludisme aigu, indépendant de toute diathèse individuelle, état morbide éclatant sous l'influence d'une cause très intense d'infection paludéenne. Cet état présente le caractère des maladies aiguës et infectieuses, maladies qui, comme on le sait, frappent de préférence les gens jeunes, forts, et dont

l'un des caractères les plus curieux est de donner à ceux qu'elles ont atteints une première fois une immunité presque absolue.

Il n'y a pas imprégnation de l'organisme. On a guéri de la maladie, soit spontanément, soit en éloignant la cause.

Mais, à côté de cet impaludisme aigu, il y a l'impaludisme chronique se révélant successivement par des troubles très variés, qui se rattachent entre eux et forment une unité constituant un état profond, caché à certains moments, mais toujours présent, constituant un véritable tempérament, imprimant à l'individu frappé un cachet spécial, un état de débilité, des lésions organiques ne permettant plus comme traitement qu'une médication symptomatique.

Cette division, en impaludisme aigu et en impaludisme chronique, n'est pas nouvelle ; elle est admise presque par tous ceux qui se sont occupés d'impaludisme.

Burdé a écrit dans son ouvrage (*De l'impaludisme dans ses rapports avec la glycosurie et le traumatisme*) « que le sommeil tellurique n'est pas de longue durée » et que l'impaludisme est guéri, bien guéri quand un certain nombre d'années se sont écoulées depuis le dernier accès.

Jaumès et Lefebvre ont admis que dans certains cas l'impaludisme pouvait devenir une diathèse.

En raisonnant par analogie, ne peut-on transporter à l'impaludisme ce qui a été dit de la syphilis, par exemple.

La syphilis aiguë guérit ordinairement à sa période primaire ; l'impaludisme aigu ne donne que les accidents fébriles de la première phase.

Il est probable que l'on peut contracter de nouveau

l'impaludisme, comme la syphilis, mais moins facilement.

Il y a l'impaludisme galopant comme il y a la « syphilis galopante », l'impaludisme aigu comme la syphilis aiguë, l'impaludisme chronique comme la syphilis chronique. Lancereaux (Chapitre V, page 525, *Traité historique et pratique de la syphilis*) a écrit : « La guérison, et par ce mot nous entendons la cessation définitive de la maladie, et non pas la disparition de tel ou tel accident, est le mode de terminaison le plus ordinaire de la syphilis.

Ricord place la syphilis dans le rang des diathèses, mais ces deux opinions ne semblent pas contradictoires, car, vraies toutes les deux, de par l'autorité et le savoir des maîtres qui les ont soutenues, elles ne sont que les points de vue différents, sous lesquels on considère une même chose.

CHAPITRE II

L'impaludisme est héréditaire.

L'hérédité n'est pas pour une diathèse, une condition *sine qua non* d'existence ; cependant les diathèses sont en général héréditaires et Castan a invoqué contre l'impaludisme diathèse justement sa non transmission par hérédité.

Je n'ai vu nulle part dans les ouvrages modernes que j'ai lus sur l'impaludisme traiter d'une façon spéciale de l'hérédité de l'impaludisme.

On n'a pas affirmé cette hérédité, on ne l'a pas niée.

La question ne pourrait être tranchée que par une observation rigoureuse.

Si cette hérédité existe il serait facile aux médecins de province d'en fournir la preuve, car les générations se succèdent sur place, le médecin ne change guère. Il n'est pas rare qu'un docteur soit appelé à soigner dans une même famille quatre à cinq générations. Dans ces conditions si favorables à l'observation minutieuse, il pourrait suivre sans peine une diathèse familiale et déterminer les conditions de son existence.

Mais plusieurs difficultés se présentent ; l'une dépendant du sujet lui-même ; — on serait porté à considérer trop facilement comme héréditaire la maladie qui se manifesterait même à un âge analogue chez un série de pères et d'enfants placés sous des influences identiques de nourri-

ture et d'atmosphère — l'autre dépendant de nos habitudes de centralisation médicale.

Paris a gardé depuis si longtemps toutes les célébrités médicales qu'un médecin s'établissant en province renonce un peu trop à toute ambition personnelle. S'il est intelligent et travailleur, il se contente de se rattacher de loin au grand mouvement parisien, de le suivre, au lieu de le contrôler.

A Paris, où toute filiation est rompue, où tout individu est isolé, il n'y a guère de possible en médecine que l'expérimentation audacieuse et la savante hypothèse. Au corps médical de province appartenait de droit l'observation lente et rigoureuse, la coordination des faits, la rédaction de la loi générale, enfin la partie synthétique de la médecine.

Lorsque j'ai voulu arriver à la preuve d'hérédité de l'impaludisme, j'ai beaucoup espéré de l'aide des médecins de province et j'ai beaucoup écrit. J'avoue avoir obtenu un résultat nul. Les uns m'ont assuré n'avoir pas remarqué que l'impaludisme fût héréditaire, en même temps qu'ils disaient n'avoir jamais cherché cette hérédité d'une façon spéciale ; d'autres, imbus jusqu'à l'excès des doctrines pastoriennes, auraient cru se déjuger en recherchant même l'hérédité d'une maladie qu'ils croyaient d'emblée microbienne.

De la réponse des premiers je n'ai tiré que cette conséquence, que l'hérédité n'était pas assez généralisée dans toutes les familles atteintes pour devenir un de ces faits évidents qu'on voit sans regarder.

J'en ai donc été réduite à mes observations personnel-

les. Les relations étendues, intimes, qui unissent en province les membres d'une même classe, le contact journalier, la maison de verre si facilement, trop facilement réalisée dans une petite ville rendent les observations très aisées. Là, pas d'hôpital: se séparer de l'être qui souffre, parce qu'il souffre semblerait un déshonneur et les femmes de chaque maison, seules garde-malades ont à votre service, dans un coin de mémoire, le détail minutieux du bilan pathologique de chaque membre de la famille.

Je pourrais donc remplir, et au delà, cette thèse des observations qui m'ont fait arriver à la conviction de l'hérédité de l'impaludisme, conviction que je ne puis qu'énoncer sans aucun espoir de la faire partager à qui que ce soit.

Je crois que l'impaludisme est héréditaire, qu'il frappe certains membres d'une même famille, non pas au hasard, mais suivant certaines conditions individuelles, que les formes des manifestations tendent à s'identifier pour tous les membres atteints; donc que, non seulement l'impaludisme, mais les formes identiques de l'impaludisme sont héréditaires.

Pour me conformer à l'usage je veux simplement mettre à côté de mon assertion une observation prise au hasard parmi celles que j'ai pu réunir.

Prenons la famille X...

Première génération: trois individus femmes; A, B, C, vivant dans le même milieu atmosphérique, conditions d'existence matérielle, différentes: A, riche, B et C pauvres.

A et B ont été atteintes d'impaludisme, C est restée indemne.

A, accidents, névralgies, gastralgies sans vomissements,

Pierre

sclérose des poumons, toux sans expectoration, névroses, sensations de vertige sans troubles d'équilibre, morte de fièvre paludéenne à forme pneumonique.

B névralgies, névrose avec sensations de vertige, morte de fièvre paludéenne à forme méningitique.

A eu trois enfants a b c. a et b impaludés, c indemne.

a névralgies, sensations de vertige, gastralgies et sclérose du poumon de même caractère que A, un accès de fièvre pneumonique, trois accès à forme typhoïde, nombreux accès à forme bilieuse ;

b névralgies, gastralgies, sclérose du poumon, morte d'un accès de fièvre à forme méningitique.

a eut trois enfants non impaludés, mais chez l'une de ses petites filles la toux sèche a reparu dès l'âge de cinq ans.

b eut trois enfants, dont l'un, sujet aux névralgies, gastralgies, est mort d'une fièvre à forme méningitique.

L'une des enfants de c est morte de même d'une fièvre à forme méningitique.

CHAPITRE III

L'Impaludisme est exclusif par rapport aux autres diathèses.

Cette dernière proposition me paraît découler presque naturellement de la proposition précédente : l'impaludisme est héréditaire.

L'hérédité existe en effet d'une façon restreinte. Pourquoi certains membres d'une famille échappent-ils à cette hérédité ?

Pourquoi certains individus semblent-ils absolument réfractaires à la fièvre intermittente.

Ce fait cité par Lancisi dans son *Traité sur les vapeurs* des marais m'a toujours frappée : « Trente personnes se promenaient vers l'embouchure du Tibre. Le vent vint tout à coup à souffler sur des marais, dont il apporta les émanations. Vingt-neuf des trente personnes furent atteintes de fièvres intermittentes », pourquoi cette immunité de la trentième personne ?

Quelles sont donc les conditions de cette prédisposition ?

L'âge et le sexe n'ont jamais été mis en question.

Si les accidents sont plus graves chez les vieillards et chez les enfants, ils ne sont pas plus fréquents, et cette gravité provenant de l'âge est commune à toutes les autres maladies.

La misère physiologique et les mauvaises conditions hygiéniques.

Elles peuvent sans doute diminuer la force vitale, c'est-à-dire la force de résistance à l'attaque du fléau, mais elles ne prédisposent en aucune façon à l'attaque proprement dite.

D'ailleurs la misère physiologique est dans les pays paludéens un fait plus rare que partout ailleurs.

Les maladies infectieuses, dont la fréquence et l'intensité sont incontestablement en raison inverse de la force vitale, sont rarement épidémiques dans les pays paludéens.

M. le D^r Rives fait observer lui-même que la fièvre typhoïde et la diphtérie sont moins répandues dans le quartier de la Maison Blanche que dans les autres quartiers de Paris.

Parent-Duchâtelet, dans son travail, ayant pour titre : « Recherches et considérations sur la rivière de Bièvre ou des Gobelins et sur les moyens d'améliorer son cours, relativement à la santé publique et à l'industrie manufacturière de la ville de Paris » (29 janvier 1822) affirme « qu'il lui a été impossible de trouver la moindre différence dans la santé et la constitution physique de ceux qui habitent les bords de la Bièvre et de ceux qui logent dans les autres quartiers. » Les enfants étaient beaux et forts, et cependant tous les habitants questionnés étaient nés dans le quartier de la Bièvre et y étaient occupés depuis leur enfance. Dans ce même rapport Parent-Duchâtelet, tout en constatant de nombreux cas d'impaludisme sur tous les bords de la Bièvre, mais croyant prouver le peu d'influence exercé par elle sur la santé des riverains, in-

voque le témoignage du Dr Esquirol, lequel dirigeait un établissement d'aliénés, très important, situé sur cette rivière. « Depuis le temps qu'il le dirige, à peine peut-il se rappeler qu'il y ait eu la moindre fièvre intermittente, quoique l'établissement contienne quelquefois plus de 200 malades. »

On a remarqué depuis longtemps que la race nègre jouit, à l'égard de la fièvre des marais, d'une immunité presque complète.

Griesenger raconte que, lors de l'expédition anglaise du Niger, 130 européens sur 145 furent atteints, dont 40 mortellement. Sur 185 nègres, 11 seulement tombèrent malades et tous guérèrent.

De même, en Bretagne, la population, des côtes surtout, est résistante, belle et vigoureuse. L'eau est abondante et pure. On ne peut donc chercher là encore la cause de l'impaludisme dans la faiblesse congénitale ou acquise. Les goutteux, les obèses, les diabétiques sont l'exception. Les bretons ne viennent se placer qu'en petit nombre dans ce groupe immense des diathèses bradytrophiques de Bouchard, mais les artéro-scléreux sont, hélas, communs. Il semble que le granit du sol monte et vienne incruster les artères.

Dans mon pays il n'y a donc presque que deux endémies : l'impaludisme et l'herpétisme avec ses différentes formes. Le poisson, a-t-on dit, donne des dartres, mais les varices sillonnent les jambes noueuses, les temporales serpentent sur les tempes, les radiales durcies se devinent presque, à travers la peau.

Dans les cas d'impaludisme que j'ai eu l'occasion de

voir, soit dans mon pays, soit dans les hôpitaux, soit dans le quartier que j'habite, j'ai pu constater que les diathésiques n'avaient pas d'impaludisme chronique et que les impaludés n'avaient pas de diathèse.

Et si je reprends l'observation de mon précédent chapitre :

Dans la première génération, C qui n'était pas impaludé était arthritique.

Dans la seconde génération c'était herpétique.

Dans la troisième génération, les enfants de a étaient l'un arthritique, l'autre chloro-anémique, le troisième arthritique encore.

Les enfants de b, non impaludés, étaient, l'un alcoolique chronique, l'autre tuberculeux héréditaire.

Les enfants de c, non impaludés, étaient de même tuberculeux héréditaires.

Donc tous ceux qui dans cette famille, avaient échappé à l'impaludisme, avaient une diathèse antécédente.

Pourquoi, dans un quartier infecté par la Bièvre, alors que les habitants faisaient pétition sur pétition pour obtenir des travaux d'assainissement, pourquoi la maison d'aliénés d'Esquirol n'était-elle pas atteinte par le fléau ? C'est que la folie est généralement diathésique, à part les folies à courts accès qui peuvent être d'origine impaludique, mais qui ont des symptômes trop marqués, et contre lesquels la quinine à haute dose agit trop rapidement, pour qu'on les confonde avec aucunes autres, et les folies si rares, d'origine traumatique.

Les autres folies : ataxie, paralysie générale, délire uré-

mique, folies, dyspeptique, cardiaque, diabétique, hystérique, paralytique, se rattachent à des diathèses.

Berthier, compétent dans la matière, a, dans de nombreux ouvrages, soutenu cette opinion (De la folie diathésique — De la folie cancéreuse — Des névroses diathésiques et des maladies nerveuses, dans leur rapport avec le rhumatisme et la goutte. Paris, 1875).

Berthier admet que le rhumatisme, la goutte, l'herpétisme, la syphilis, le cancer, la scrofule, la lithiase peuvent occasionner la folie, coexister et souvent alterner avec elle.

Le stock de diathésiques du Dr Esquirol ne pouvait donc contenir d'impaludiques.

Pourquoi la race nègre jouit-elle, au point de vue de l'impaludisme d'une immunité si grande ?

C'est que deux diathèses sont prédominantes chez les nègres : la scrofule et l'arthritisme.

On remarque depuis longtemps chez les nègres la fréquence : des adénites et du carrau ;

Des maladies de peau : pian, ichtyose, ulcères trophiques ;

Des hernies ombilicales ;

La dengue, fièvre arthritique épidémique, est presque spéciale à leur race.

La non superposition des diathèses, leur antagonisme absolu ne peut être complètement prouvé que par l'expérience, une diathèse, chassant une autre diathèse en se substituant à elle.

La chose est bien près d'être faite. Un médecin anglais qui s'est créé un nom comme spécialiste des maladies de

poitrine, le D^r Lanigan, annonce dans *the therapeutic Gazette* qu'il a trouvé le remède de la phthisie pulmonaire : on guérira les tuberculeux en les rendant rhumatisants.

Trois sujets tuberculeux et trois sujets rhumatisants étant réunis, le D^r Lanigan emprunte aux veines des rhumatisants une pinte de sang qu'il injecte dans les veines des tuberculeux, et, affirme-t-il, la phthisie a disparu, les trois opérés mangent de bon appétit, n'ont plus de fièvre, engraissent. Le Docteur anglais espère voir se maintenir la guérison, l'arthritisme et la tuberculose ne coïncidant généralement pas.

Les anglais sont excentriques, dira-t-on ; excentriques, oui, mais non pas fantaisistes, surtout en médecine.

CONCLUSIONS

Mais, me fera-t-on observer, si l'on vous accorde un peu bénévolement que l'impaludisme est une diathèse soumise à toutes les lois des diathèses, même à la non superposition, que ferez-vous de cette approbation bienveillante ?

N'est-ce pas là une simple question de mots ? Est-il bien nécessaire d'ajouter l'impaludisme au groupe, non fermé assurément, mais déjà si chargé des diathèses ?

Cela serait inutile peut-être pour toute maladie bien connue, sévèrement étudiée ; mais cela est nécessaire quant à l'impaludisme pour deux raisons :

1^o Parce qu'il est plus répandu qu'on ne pourrait le croire ;

2^o Parce qu'il n'a pas de symptômes pathognomoniques.

La maladie paludéenne ne demande, en effet, pour éclater, ni conditions climatériques spéciales, ni terrains appropriés.

Quoique plus fréquente au printemps et à l'automne, elle peut éclater en toute saison ; elle peut sévir dans des pays absolument dépourvus de surfaces marécageuses, dans des pays surélevés, dans les landes, en Algérie, sur certains plateaux de l'Espagne, etc.

Des marais profonds, donc invisibles, peuvent, si l'on

remue les terres qui les recouvrent, devenir une cause occasionnelle d'accidents paludéens.

A Paris, où les fièvres intermittentes étaient inconnues autrefois ; elles ont fait leur apparition et se sont acclimatées.

En 1811, une épidémie éclata dans les quartiers du Temple, de la Villette et de Pantin, lorsque fut creusé le canal Saint-Martin.

En 1840, on constata une épidémie semblable, lorsqu'on construisit les fortifications de Paris.

Chaque percement de rue et de boulevard, chaque construction d'édifice, chaque établissement d'égout et de conduite de gaz peut donner naissance à des cas d'impaludisme.

La quantité d'eau stagnante nécessaire pour provoquer la fièvre n'a pas besoin d'être très considérable : une plante d'appartement trop largement arrosée peut devenir la source d'accidents paludéens.

Donc, en toute saison et en tous lieux nous pouvons être frappés d'impaludisme.

Le diagnostic fondé sur les symptômes n'est pas possible à l'heure actuelle, parce que les symptômes changent avec les individus et dans l'individu même.

Ainsi le Dr Burdel regarde la glycosurie comme existant chez les sujets jeunes et cachectiques.

Je l'ai vue, au contraire, précéder des accès très bénins chez des sujets âgés qui se rendaient très bien compte eux-mêmes que leur faim anormale annonçait une indisposition prochaine.

J'ai vu d'autres fois ce symptôme faire défaut dans des accidents d'intensité pareille.

On a voulu trouver dans le traitement même un élément de diagnostic : toute amélioration obtenue par l'emploi du sulfate de quinine et du quinquina prouvait qu'on avait affaire à une affection paludéenne ; mais l'action du sulfate de quinine se fait sentir dans un grand nombre de cas où il ne s'agit pas d'impaludisme ; dans les névralgies simples, par exemple, le quinquina est antipyrétique et agit seulement comme antipyrétique, et non comme constricteur dans l'impaludisme, puisque l'ergot de seigle et les courants interrompus, qui influent sur les vaso-constricteurs, ne guérissent pas les fièvres intermittentes.

Les toniques, le fer, l'opium, etc., exercent leur action bienfaisante dans tous les cas où il y a défaut ou déviation de nutrition.

L'arsenic améliore aussi l'herpétisme.

L'hydrothérapie agit dans toutes les intoxications.

L'alcool s'emploie dans tous les cas comme anti-déperiteur.

Plus récemment que le Dr Burdel, M. le Dr Albert Tarsenson dans son « *Traité clinique des fièvres larvées* » a cru trouver le symptôme pathognomonique de tout accident paludéen.

Je lis en effet dans l'introduction de cet ouvrage « je n'ai jamais rencontré un seul cas de ces prétendues fièvres larvées qui ne s'accompagnât d'une augmentation de température de un à deux degrés au minimum... Dans certains cas ce symptôme morbide peut-être très léger et passer même inaperçu à un examen

« superficiel et peu attentif, mais il sera toujours appréciable au thermomètre, qui constitue le seul critérium sérieux en cette matière. »

Plus loin, chapitre V, page 124, en parlant des fièvres larvées graves. « Chaque fois qu'on observe une fièvre de 39 à 41 degrés, présentant des symptômes qui ne sont pas exactement ceux d'une maladie infectieuse connue, on doit l'attribuer au poison paludéen. »

Je suis toute disposée à juger excellent cet élément de diagnostic, en égard à une impaludique que j'ai eu l'occasion de suivre heure par heure : j'ai pu trouver, pour des manifestations très bénignes, des névralgies intercostales, par exemple, des écarts très saillants de pouls et de température.

Mais ces écarts de pouls et de température n'étaient que relatifs, l'une étant plus basse, l'autre plus lent que la normale chez ladite impaludique.

Ce signe d'élévation de température pourrait être suffisant pour un malade de sa clientèle dont on connaît d'avance la température habituelle, mais il deviendrait insuffisant pour le malade qu'on voit pour la première fois ou qu'on n'a pas étudié au point de vue thermique.

Et cependant il importe d'avoir un élément de diagnostic qui s'applique aux cas les plus variés. Tout est là dans l'impaludisme ; le reconnaître ; car les erreurs de diagnostic entraînent des erreurs de traitement souvent terribles.

J'ai vu des accès de fièvre bilieuse paludéenne être traités comme la fièvre typhoïde, se reproduire sans cesse et comme reverdir sous des flots de lait, d'alcool et de bouillon.

J'ai vu défendre sévèrement toute hydrothérapie après une pneumonie des plus bizarres, éclatant en une nuit, disparaissant le lendemain, reparaissant, le docteur se vantant chaque fois de l'enrayer.

L'absence de diathèse chez un individu, fait assez rare en définitive pour qu'on le remarque, pourrait donc devenir un élément général de diagnostic.

Par exemple, X n'est ni arthritique, ni scrofuleux, ni obèse, etc.; il a des chances pour être ou devenir impaludique, évidemment le même travail pourrait se faire pour toutes les diathèses, et il est probable que, pour beaucoup d'entre elles, on pourrait répéter les mêmes arguments; mais il n'a d'intérêt qu'au point de vue de l'impaludisme, car les autres diathèses, franches d'allure, ont des lésions évidentes, tandis que l'impaludisme simule toutes les maladies, et dans l'organisme même qu'il a affecté aussi profondément que possible, il reste encore une diathèse larvée.

Sans doute un diagnostic par exclusion est toujours une pitoyable chose, mais, lorsque lui seul est possible il garde encore une certaine valeur.

Vu par le Président de la soutenance

PETER

Vu pour le doyen :

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

